

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 29

DE

L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

par pincement latéral de l'Intestin
à signes latents

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND CONTE

* Né à Nîmes (Gard), le 14 Août 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENEK

14, rue Bellecordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 29

DE
L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE
par pincement latéral de l'Intestin
à signes latents

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND CONTE

Né à Nîmes (Gard), le 14 Août 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPRIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLONG.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. DURAND, Assesseur;

MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE. A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTÉ

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, qu'il nous soit permis, tout d'abord, d'assurer de notre reconnaissance, M. le Docteur Laugier, chirurgien en chef de l'Hôpital de Grasse. C'est à lui que nous devons d'avoir embrassé la carrière médicale, c'est lui qui dirigea nos premiers pas, nous entourant de sa sollicitude et de ses conseils les plus éclairés. Nous lui en savons un gré infini, et nous sommes heureux de lui renouveler ici nos sentiments d'inaltérable et bien vive amitié.

Nous prions nos Professeurs et nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Lyon, d'agréer l'assurance de notre entière gratitude.

A M. le Professeur Poncet nous adressons nos plus sincères remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous avons contracté envers M. le professeur agrégé Collet, médecin des Hôpitaux, une dette de reconnaissance dont nous ne saurions qu'imparfai-

tement nous acquitter. Qu'il demeure assuré que nous n'oublierons jamais quel maître bienveillant il fut pour nous.

Que M. le professeur agrégé Bérard, à qui nous devons l'idée de ce travail et auprès de qui nous avons toujours trouvé un accueil des plus sympathiques, reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

Pendant de trop courtes fonctions d'interne à l'Hôpital d'Avignon, nous fûmes en relations avec MM. les Docteurs Cassin et Carre, chirurgiens en chef; Lugan, médecin en chef, Alphant, ex-médecin-chef et Gouëll, médecin-chef des salles militaires. Nous les remercions vivement des marques d'intérêt qu'ils nous donnèrent.

Enfin, que nos chefs de service de l'Hôpital de Grasse : MM. les Docteurs Bossuet, chirurgien en chef, Roustan et Philipp, médecins en chef, Reynaud, médecin-adjoint, soient assurés de notre sympathie.

INTRODUCTION

Au mois de juillet dernier, M. Schwartz a présenté à la Société de Chirurgie de Paris l'observation d'une malade, opérée par lui d'un pincement latéral de l'intestin ayant évolué d'une façon tout-à-fait insolite. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est le silence absolu du côté du tube digestif, l'absence complète de symptômes fonctionnels, phénomènes sur lesquels M. Schwartz appela l'attention. Des recherches auxquelles il s'est livré, à cette occasion, M. Schwartz a conclu que ces faits doivent être très rares, puisqu'il n'a trouvé rien d'approchant parmi toutes les observations de pincement latéral publiées jusqu'alors.

Or, le 7 juillet, à Lyon, M. le professeur agrégé Bérard a observé un cas analogue. Constatant, lui aussi, la rareté du fait, M. Bérard a bien voulu nous charger de faire des recherches et nous communiquer l'observation qui a été le point de départ de

cette thèse. C'est cette forme de pincement latéral, sans phénomènes généraux, sans signe d'occlusion intestinale, forme peu fréquente, semble-t-il, que nous allons essayer d'étudier dans ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Du pincement latéral en général.

On entend par pincement latéral de l'intestin, l'étranglement d'une anse incomplète. Il est constitué par ce fait : qu'une partie seulement de la circonférence de l'intestin se trouve engagée dans la hernie, tandis que la continuité du reste de son calibre n'est pas interrompue et que le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur est encore possible.

Fabrice de Hilden paraît avoir, dès 1598, observé cette sorte d'étranglement ; après lui Lavater, en 1672, caractérisa nettement, dans sa thèse, un fait de cette nature ; plus tard Littre, Morgagni, Garengéot en rapportèrent des exemples ; mais c'est à Richter surtout que revient l'honneur d'avoir mis hors de doute l'existence des pincements latéraux. C'est lui qui, le premier, les décrivit avec soin et les distingua des hernies formées par des diverticules de l'intestin, avec lesquelles ils avaient été confondus par quel-

ques auteurs, Littre en particulier. De là le nom de hernie de Richter qui fut donné à cette variété d'étranglement. Depuis lors, les pincements latéraux ont été l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels on peut citer les thèses de MM. Defaut, Loviot, de Beaumais, le mémoire d'Adam de Nancy, celui de Vires, de Montpellier, et celui, plus récent, de Sheey.

De tous ces travaux il résulte que le pincement latéral s'est presque toujours présenté comme une hernie étranglée ordinaire. Les lésions de l'intestin sont, d'ailleurs, les mêmes que celles que l'on trouve dans l'étranglement d'une anse intestinale complète. La seule différence réside en ceci : que, dans le pincement latéral, c'est le bord convexe de l'intestin, une portion plus ou moins grande de ce bord, qui est pincée dans l'orifice herniaire, et qu'il n'y a pas de mésentère. C'est, d'ailleurs, à l'absence de mésentère dans le sac, que certains auteurs, notamment Richter et Vidal de Cassis, attribuent la rapidité plus grande des altérations graves des parois intestinales dans les pincements latéraux, les vaisseaux afférents à la partie étranglée de l'anse étant plus superficiels que ceux que renferme le mésentère et, par conséquent, plutôt atteints par la constriction ; du reste, nous y reviendrons.

Théoriquement, au point de vue anatomique, le pincement latéral étant un étranglement incomplet, laissant libre cours aux matières et aux gaz, sa symptomatologie fonctionnelle devrait être insignifiante ; mais, comme nous le disons plus haut, la

striction du bord convexe favorisant la compression des vaisseaux, l'œdème de l'intestin se produit facilement, la boursouffure de la muqueuse tend à faire occlusion complète.

Enfin, il peut y avoir une véritable inhibition de la musculature de l'intestin, au voisinage du point serré ; le mécanisme serait analogue à celui invoqué par Gueytat dans sa thèse (1) : le pincement latéral, brusque et violent, produit une impression forte qui réagit sur le système moteur de l'intestin grêle. C'est dans ce cas que l'on peut avoir une contracture persistante au niveau du point serré ; contracture que la levée de l'étranglement ne suffit souvent pas à faire disparaître.

Toutes ces raisons nous expliquent pourquoi le pincement latéral doit se comporter comme un étranglement herniaire vrai. C'est, en effet, ce que l'on constate dans l'évolution de cet accident.

Les symptômes se présentent, en général, de la façon suivante : une douleur apparaît subitement, avec ou sans cause connue, chez un individu porteur ou non de hernie ; cette douleur est vive, localisée d'abord dans la région en cause, inguinale ou crurale ; la tumeur herniaire préexistante se modifie ; quelquefois même le malade, n'ayant jamais constaté jusqu'alors quoi que ce soit qui pût faire penser à une hernie, voit se former une petite tumeur irréductible, en général mate à la percussion, sauf, quelquefois, au ni-

(1) GUEYTAT. — Thèse de Lyon, 1898-1899. Du spasme de l'intestin dans les contusions de l'abdomen.

veau du pédicule où l'on peut trouver un peu de sonorité. Cette tumeur est dure, tendue, rénitente. En raison de son volume, extrêmement réduit parfois, ou de sa situation profonde, elle peut échapper à l'inspection simple; mais, par la palpation, on la retrouve, sous forme d'une petite masse globuleuse, fixée sur les parties profondes par une pédicule au niveau duquel les pressions réveillent une vive douleur.

Bientôt ces phénomènes, purement locaux, prennent un peu d'extension; le ventre devient douloureux, une tension particulière apparaît avec les troubles fonctionnels de l'occlusion intestinale complète: vomissements et arrêt du cours des matières et des gaz. Nous ne saurions trop insister sur ces phénomènes d'occlusion qui sont parfois dramatiques. Nous aurons l'occasion, plus tard, de revenir sur ce sujet et de montrer cependant que les idées classiques suivant lesquelles, même dans le pincement latéral, il y a suppression des gaz, ne sont peut-être pas toujours justifiées.

Joignons à cet ensemble clinique les phénomènes généraux qui ne manquent pas: refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, faciès tiré bien spécial, qui a même été décrit sous le nom de faciès herniaire.

Cette gravité dans l'évolution symptomatique est très importante, comme nous le verrons, quand nous mettrons en parallèle la latence de certains pincements latéraux observés.

Disons cependant, que, même dans les étranglements vrais, il existe des formes où les manifestations fonctionnelles sont torpides. Ce sont les étrangle-

ments que M. Jaboulay a appelés latents et sur lesquels Gosselin avait déjà attiré l'attention. Dans ces formes particulières, on rencontre, toutefois, outre l'irréductibilité et les signes physiques du côté de la tumeur, quelques symptômes fonctionnels, peu accusés peut-être, mais qui n'en existent pas moins : des vomissements, du malaise et surtout l'anorexie qui, pour ainsi dire, ne manque jamais. Malgré l'insidiosité, d'ailleurs, les accidents suivent leur marche normale et l'on ne trouve pas les rémissions aussi marquées, la latence aussi absolue que l'on rencontrera dans les cas que nous allons citer.

En somme, le pincement latéral présente les mêmes symptômes qu'une hernie étranglée ordinaire. Voyons maintenant comment il évolue.

La gangrène de la portion pincée est la règle ; elle a été signalée dès les premières observations de pincement latéral, et Fabrice de Hilden en a rapporté quelques cas.

Mais les auteurs sont loin d'être d'accord sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle les altérations graves des parois intestinales se produisent dans les pincements latéraux.

Les anciens auteurs avaient insisté sur la gravité particulière de ce genre d'étranglement et avaient remarqué ce fait que la gangrène survient plus vite que lorsque l'anse intestinale est complète.

Gosselin, cependant, dans ses cliniques, déclare n'avoir pu se convaincre de cette plus grande rapidité du sphacèle dans les hernies intestinales incomplètes, et M. de Beaumais, dans sa thèse

de Paris 1889, arrive aux mêmes conclusions.

Il semble, toutefois, que la donnée classique soit défendue par un plus grand nombre d'auteurs, et ait à son appui un plus grand nombre de faits. M. Berger et M. Jaboulay, dans leurs articles des deux traités de chirurgie, inclinent plus volontiers pour l'idée première de Richter, Louis et Vidal de Cassis. Il est des cas où le sphacèle s'est produit au bout de 24 heures.

M. Jaboulay explique cette plus grande rapidité par l'absence du mésentère dans l'intérieur du sac, pouvant jouer, presque dans une certaine mesure, le rôle de coussinet élastique dépressible, au même titre que l'épiploondont on connaît le rôle protecteur contre la gangrène herniaire.

Nous avons dit déjà que Richter expliquait la rapidité du sphacèle par ce fait, que les vaisseaux de l'intestin sont superficiels et aisément comprimés. A la suite de ce sphacèle, on pourra voir se développer soit une péritonite, soit un phlegmon stercoral avec une fistule persistante.

Müller et Roberts ont même cité des cas dans lesquels ils ont vu la partie latérale de l'intestin qui s'était étranglée, se séparer complètement de l'anse à laquelle elle appartenait et la guérison s'ensuivre.

Pour Kocher, c'est par un processus semblable que guériraient certaines fistules stercorales consécutives à des étranglements abandonnés à leur marche naturelle; ce seraient, pour lui, des pincements latéraux méconnus.

Cette opinion a été également soutenue par

M. Jaboulay à la Société de Chirurgie de Lyon récemment (1).

Nous avons tenu à montrer, dans ce court résumé, comment évoluait habituellement le pincement latéral. L'intensité des phénomènes généraux, la gravité de ses lésions et la sévérité habituelle de son pronostic sont relatés dans tous les cas.

Voilà pourquoi il nous a semblé intéressant de montrer qu'il peut, dans certaines conditions, revêtir une allure toute différente.

(1) Société de Chirurgie de Lyon, séance du 21 novembre, 1901.

CHAPITRE II

Pincement latéral à signes latents.

Les observations de pincement latéral sans signes fonctionnels persistants d'occlusion intestinale sont rares. En effet, bien que la plupart des chirurgiens disent avoir observé de ces faits, on n'en trouve aucun dans la littérature chirurgicale, même quand on les recherche dans les mémoires les plus complets parus jusqu'ici sur le pincement latéral. Nous exposons, dans ce chapitre, les trois observations que nous avons pu recueillir, en commençant par celle que M. le professeur agrégé Bérard a bien voulu nous transmettre.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard).

H..., Eugénie, ménagère, âgée de 56 ans. Pas d'antécédents pathologiques intéressants. Le 31 mai 1901, cette femme entre à la salle St-Pierre pour une tuméfaction légèrement

douloureuse de la région inguinale. La malade raconte que, deux mois auparavant, elle a eu une forte indigestion, avec vomissements abondants, pendant un seul jour, sans suppression des matières ni des gaz. A partir de ce moment elle ressentit des douleurs peu vives, mais persistantes, dans le côté droit du bas-ventre. Peu à peu, une tuméfaction apparut au niveau de la région inguino-crurale droite, du volume d'une petite noix, à l'état de repos ; elle était peut-être un peu plus grosse pendant la marche et les efforts ; la malade ne cessa, d'ailleurs, à aucun moment, de vaquer à ses occupations ; elle allait à la selle tous les jours grâce à des laxatifs.

A l'entrée, la malade est assez amaigrie, avec le teint un peu jaune, mais non cachectique. Elle présente, au niveau de l'arcade fémorale droite, plutôt un peu au-dessus qu'au dessous, une zone empâtée avec une tuméfaction plutôt étalée qu'une collection vraie. Œdème inflammatoire gardant l'empreinte du doigt. Pas de fluctuation en masse, mais, en un ou deux points, la pulpe de l'index perçoit un peu de liquide et un léger gargouillement gazeux à fleur de peau.

L'empâtement semble se prolonger dans la profondeur sans que l'on puisse cependant percevoir rien d'anormal dans la fosse iliaque, ni du côté du cœcum ; rien au palper abdominal. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs ; il y a cependant une légère douleur au toucher du cul-de-sac droit. A cause des troubles digestifs du début, M. Bérard pense à une suppuration chronique d'origine intestinale, peut être à une appendicite d'un type anormal.

1^{re} *Intervention*. — Sans anesthésie, une petite incision des téguments est pratiquée sur le point qui fluctue et où il y a quelques bulles gazeuses. Il ne s'écoule qu'une ou deux gouttes de sérosité roussâtre non odorante, et l'exploration de la petite cavité au stylet ne donne pas de renseignements plus complets. Un petit drain est introduit dans la cavité qui ne semble pas se prolonger profondément. Les jours suivants, un suintement très léger, contenant quelques petits

grumeaux jaunâtres, continue à se produire; à plusieurs reprises on fait en vain l'examen bactériologique du liquide, en particulier au point de vue de l'actinomycose, à laquelle les caractères de la sérosité avaient fait penser, mais sans succès. Sur sa demande, la malade quitte le service, le 14 juin 1901, conservant encore une petite fistulette.

Cet écoulement de sérosité purulente, au lieu de se tarir, devient, par la suite, un peu plus abondant. Au bout de trois semaines, le 6 juillet, la malade croit voir à l'orifice de la fistule de petits grumeaux rappelant des aliments mal digérés. Elle rentre à l'hôpital, et, le 7 juillet un nouvel examen permet de constater une fistule nettement pyo-ster-corale, bien que l'écoulement soit très peu abondant.

2^e *Intervention.* — Une intervention radicale est décidée et la malade anesthésiée pour compléter l'examen. Un stylet boutonné, introduit avec précaution dans la fistule, s'engage profondément en bas et en dedans, sans augmenter l'écoulement des matières et sans arriver sur un point osseux dénudé. L'orifice externe débridé largement, et les parties molles incisées couche par couche, on tombe sur un bout intestinal sectionné transversalement dans toute son étendue.

On reconnaît l'intestin grêle, et ce doit être le bout inférieur, puisque le suintement par la plaie était insignifiant. La recherche du bout supérieur est très laborieuse. Pour éviter des manœuvres inutiles, et comme le bout supérieur semble attiré en haut et en dedans; comme, d'autre part, on se trouve dans des tissus indurés au contact immédiat de l'arcade crurale et des vaisseaux fémoraux, M. Bérard préfère se rendre compte de l'état exact des lésions par une laparotomie médiane sous-ombilicale dont l'extrémité inférieure arrive au voisinage de la première incision. Il reconnaît alors que le bout supérieur de l'intestin, étranglé au niveau de sa tranche de section, est presque complètement oblitéré et fixé en face de l'anneau inguinal interne. Après avoir protégé le grand péritoine au moyen d'une large compresse de gaze, il attire au

dehors, à travers la plaie de la laparotomie, les deux bouts de l'intestin dont la libération a été assez facile grâce à des manœuvres combinées par l'incision inguinale. Une longueur d'intestin de deux centimètres environ est réséquée sur chaque bout et l'anastomose bout à bout est réalisée au moyen du bouton de Murphy-Villard. La plaie de laparotomie est ensuite fermée par une suture à trois plans. La plaie inguinale, au contraire, est laissée béante, avec un drain et deux mèches de gaze accolées pour le drainage du péritoine.

Pas d'incidents à signaler au cours de l'opération qui dura environ cinquante minutes. Les suites furent simples et la malade est aujourd'hui guérie.

Voici comment M. Bérard pense devoir reconstituer la succession des accidents :

1^o L'absence de toute lésion du péritoine et de l'intestin au voisinage de la section de l'anse fait écarter l'idée d'une ulcération primitive de l'intestin, d'origine inflammatoire banale ou tuberculeuse. Il ne s'agissait pas non plus d'un diverticule de Meckel ou d'un appendice iléo-cœcal en situation anormale. Comme, d'autre part, le début de l'affection fut marqué par des signes de « violente indigestion », avec vomissements, et que l'intestin sectionné fut trouvé au contact de l'arcade de Fallope, en face des fossettes inguinales, M. Bérard pense qu'il s'est agi d'un pincement latéral de l'intestin grêle dans un canal inguinal incomplètement oblitéré. Ce pincement latéral expliquerait la persistance des selles et l'ulcération, par gangrène, du point serré dans la fossette.

2^o) Autour de cet intestin ulcéré se développa un phlegmon subaigu, avec quelques gaz, qui vint pointer au-dessus de l'arcade, et où on l'observa lors du premier séjour de la malade à l'hôpital.

3^o) Soit spontanément, soit à la suite de la première incision des parties molles, l'ulcération se compléta peu à peu et aboutit à une section totale de l'anse. Mais ce qui explique que si peu de matières s'étaient écoulées par la fistule, c'est que le bout inférieur seul était béant, tandis que le bout supérieur étranglé comme par une pression circulaire, était presque complètement oblitéré : sa lumière, rétrécie en ouverture de bourse, avait à peu près les dimensions d'une épingle à grosse tête ; et à son contact se trouvait une bride épiploïque, très adhérente, qui avait été peut-être l'agent de cette striction progressive. Malgré cette disposition, la malade n'avait présenté à aucun moment des signes d'obstruction intestinale, sans doute parce que les gaz pouvaient encore circuler par ce petit orifice dans le bout inférieur. Tout au plus avait-elle remarqué, comme M. Bérard à son examen, du péristaltisme des anses grêles au voisinage du foyer inflammatoire.

4^o) Dans l'intervention, M. Bérard ne put pas bénéficier des avantages de l'incision intrapéritonéale d'emblée. En effet, les anses sectionnées étaient dans une situation très déclive, juxta-pubienne. Pour avoir du jour et de l'aisance dans ses manœuvres d'exploration, M. Bérard préféra avoir recours à l'incision médiane de laparotomie, par laquelle il fit la libération et la résection de l'intestin, suivant un

procédé analogue à celui de Lawson-Tait dans la cure radicale de la hernie inguinale étranglée.

Nous ajouterons que M. Bérard fit faire l'examen histologique des lésions au niveau de l'intestin sectionné. Cet examen ayant été négatif, on peut donc conclure qu'il s'agissait bien d'un pincement latéral de l'intestin à évolution particulièrement torpide.

Lorsque M. Schwartz fit sa communication sur le pincement latéral à la Société de chirurgie, il présenta l'observation suivante :

OBSERVATION II

(M. SCHWARTZ. — *Bulletin Société de Chirurgie*, 23 juillet 1901.)

Mme P..., âgée de 48 ans, atteinte de bronchite chronique, par conséquent toussant souvent et beaucoup. Le 23 avril 1901, sans que la malade se rappelle avoir fait un effort, elle ressent une légère douleur dans l'aîne droite, y porte la main et constate la présence d'une tumeur qu'elle ne se connaissait pas avant. Très effrayée, quoiqu'elle n'ait aucun symptôme inquiétant, elle fait appeler son médecin, qui, après examen approfondi, porte le diagnostic de hernie crurale irréductible et engage l'entourage à demander une consultation, étant donnée la possibilité d'un étranglement et l'urgence d'une intervention. Cependant Mme P. ne présente aucun autre signe que l'irréductibilité de la tumeur crurale, qui n'est même pas douloureuse à la pression. Pas la moindre nausée; elle va à la selle; rend des gaz par l'anus; pas de ballonnement. Cet état existe encore le lendemain, 24 avril, jour où elle entre dans une maison de santé

où je la vois dans la soirée. Femme amaigrie, atteinte de bronchite. L'examen de la région crurale nous montre une tumeur grosse comme un petit œuf, un peu tendue, comme s'il y avait du liquide, nettement pédiculée vers la profondeur, un peu douloureuse à la pression profonde, non réductible par la simple pression; elle est bien exactement située au niveau de l'anneau crural vers lequel se dirige son pédicule. Le ventre est souple, aucun ballonnement; il n'y a toujours aucune nausée, aucun vomissement, quoique la malade ait bu et mangé; selles le matin et gaz par l'anus. Pas d'anorexie appréciable; l'appétit ne paraît pas diminué. Aucune température. Le pouls est normal, bien frappé. Je portai le diagnostic de hernie crurale irréductible, et, devant le silence symptomatique complet, quoique je fusse prévenu de l'insidiosité de l'étranglement crural, je pensai plutôt à une épiplocèle irréductible, avec un peu de liquide dans le sac. Néanmoins, considérant qu'il est toujours bon de se débarrasser le plus vite possible d'une hernie crurale irréductible, je conseillai l'opération dans le délai le plus rapide possible. Elle fut acceptée et pratiquée le 25 avril, à 4 heures du soir, soit un peu plus de deux jours après la sortie de la hernie, en admettant qu'elle n'eût pas passé inaperçue, malgré son existence antérieure. Le matin même, la malade a eu une garde-robe très abondante après un léger purgatif d'épreuve.

Chloroformisation facile. Incision de la peau suivant une ligne verticale. Je tombe rapidement sur le sac qui est ponctionné et qui laisse écouler quelques cuillerées à café d'un liquide séro-sanguinolent. Après l'avoir soigneusement abstergé et lavé, je découvre au fond du sac une petite tumeur grosse comme une noisette, non luisante, et qui est certainement l'intestin. Je glisse entre elle et le collet du sac le bout mousse des ciseaux, puis j'élargis avec l'index introduit graduellement à leur place l'anneau et le collet herniaire très serrés. Je parviens alors à attirer au dehors une anse intestinale sur laquelle il est facile de voir une portion de la cir-

conférence pincée très fortement; il s'agit incontestablement d'un pincement herniaire. L'empreinte que l'agent étranglant a produite est nettement tracée et circonscrit une étendue correspondant environ à une pièce de deux francs; cette empreinte ne nous paraît pas, pas plus que l'état de la paroi, de nature à inspirer des inquiétudes au point de vue de la réduction de l'anse attirée; il y a de la congestion intense, mais aucune menace de sphacèle. Le diverticule tend à s'effacer.

Réduction de l'anse pincée, puis cure radicale par ablation du sac, ligature du collet et enfouissement dans l'anneau crural derrière des tissus fibreux suturés par devant. Réunion totale sans drainage. La malade a guéri sans aucun incident.

Voilà donc un cas de pincement latéral de l'intestin grêle, qui ne donne lieu à aucun autre symptôme que l'irréductibilité.

L'observation de M. Schwartz n'est évidemment différente de celle de M. Bérard qu'en ce sens, que les phénomènes douloureux légers et l'apparition de la tumeur irréductible avaient attiré l'attention du chirurgien qui préféra intervenir plutôt que d'exposer sa malade à des accidents peut-être graves. Mais d'autre part, on ne constate, pas plus que dans le cas de M. Bérard, de phénomènes fonctionnels et généraux, de signes d'occlusion intestinale. Si la malade eût négligé de se faire examiner et eût attendu, il aurait parfaitement pu apparaître un phlegmon stercoral à évolution lente, ne réclamant pas d'intervention immédiate.

OBSERVATION III

(Résumée).

(E. JEANNIN, thèse dé Lyon.)

V. C..., 67 ans, cultivatrice (Haute-Savoie).

Le 15 mai 1891, une hernie crurale droite, ignorée de la malade, s'étrangla. On appliqua des cataplasmes ; au neuvième jour un abcès stercoral s'ouvrit spontanément et le cours des matières s'établit par cette ouverture. Au début, les évacuations consistaient en substances alimentaires peu modifiées : elles prirent plus tard l'aspect de matières fécales liquides.

La malade entre, le 25 juillet 1891, à la salle Saint-Paul.

L'état général est resté très bon. Dans la région crurale droite on trouve deux orifices du calibre d'un porte-plume, à peine distants de cinq centimètres, livrant passage à des matières fécales liquides, jaunâtres. La malade dit avoir des évacuations par l'anus.

Opération le 30 juillet. Anesthésie à l'éther. L'exploration par le stylet indique une cavité sous-tégumentaire, mais ne donne aucun résultat en ce qui concerne l'examen des bouts intestinaux.

On réunit les deux orifices par une incision parallèle et sous-jacente à l'arcade, incision prolongée sur une étendue de 8 centimètres. On tombe dans une cavité, vraisemblablement la cavité du sac herniaire. Au fond, vers l'anneau crural, on aperçoit un bout d'intestin épaissi, altéré par l'inflammation, avec une perte de substance de la dimension d'une pièce de vingt sous. Le doigt, par cet orifice, pénètre dans l'anneau crural ; la constriction est telle dans cet anneau, qu'on ne peut introduire le bout du petit doigt dans l'un et l'autre bout intestinal. On débride alors l'anneau, en dehors de la paroi intestinale. Le doigt peut alors être introduit et

on explore le tube intestinal. Il n'y a pas d'éperon. Il s'est agi d'un pincement intestinal assez étendu.

On décolle les adhérences de l'intestin avec l'anneau et, après résection, on fait l'entérorraphie circulaire.

Rien à noter dans les suites de l'opération. La malade sort, guérie, le 23 août 1891.

Cette observation, quoique moins complète que les précédentes, n'en montre pas moins un pincement latéral à évolution torpide qui permit au chirurgien d'intervenir deux mois et demi après les accidents du début, accidents qui durent, d'ailleurs, être eux-mêmes fort légers, l'observation permet du moins de le supposer.

Pour finir, nous citerons encore deux faits, rapportés à la Société de Chirurgie de Paris, au mois de juillet 1901, lors de la discussion sur le pincement latéral qui fut provoquée par la communication de M. Schwartz.

Au sujet du premier, M. Quénu s'exprime ainsi :

« J'ai observé, dit-il, un fait semblable chez une femme de 34 ans, chiffonnière, et qui présentait une toute petite tumeur crurale. Je fis le diagnostic de hernie crurale étranglée, et pratiquai l'opération à la Fondation Péreire, à Levallois, bien que la libre circulation fut conservée pour les gaz et pour les matières.

« Je trouvai un pincement latéral de l'intestin, caractérisé par ce fait qu'une portion seulement de l'anse intestinale était étranglée et ne communiquait avec la lumière intestinale que par un orifice rétréci ».

Le second fait appartient à M. Lejars. « J'ai relevé, dit M. Lejars, le manque absolu de tout accident chez une malade de la Pitié, qui était entrée depuis dix jours dans un service de médecine, pour de la bronchite, et chez laquelle on s'aperçut fortuitement de la présence d'une grosseur rouge à l'aine droite. On crut à un abcès ganglionnaire, mais le siège de la tumeur et son pédicule profond nous montrèrent qu'il s'agissait d'un abcès stercoral et, de fait, je trouvai dans un sac inguinal, un pincement latéral sphacélé ».

CHAPITRE III

Considérations au point de vue du diagnostic et au point de vue de l'intervention.

Nous n'avons pu, malgré nos recherches, recueillir un plus grand nombre de faits. Nous pensons, cependant, que les observations que nous rapportons, surtout celle que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard et celle que nous empruntons à M. Schwartz sont suffisantes pour démontrer la réalité clinique de cette sorte d'étranglement sans symptômes fonctionnels, sans signes d'occlusion intestinale, et nous allons essayer de tirer de ce fait les déductions qu'il nous paraît comporter.

Nous dirons, tout d'abord, avec M. Schwartz, qu'en fait d'étranglement, et d'étranglement crural surtout, les phénomènes fonctionnels et généraux sont à mettre au second plan, les signes physiques devant avoir une signification essentielle.

Dans l'observation I, les phénomènes fonctionnels sont nuls. La malade se souvient à peine de ses

vomissements qui n'ont duré qu'un seul jour. De plus, elle reste deux mois avec une fistule insignifiante, sans souffrir autrement que de celle-ci. Les signes attirant l'attention consistaient dans la présence d'un empâtement diffus au niveau de la région inguino-crurale. Il existait un phlegmon stercoral et une fistulette par où passait un peu de liquide avec quelques gaz et où ne se montrèrent que beaucoup plus tard quelques débris alimentaires plus ou moins digérés.

Etant donné le degré des lésions, on ne pouvait plus, à ce moment, trouver de tumeur présentant les caractères d'irréductibilité des hernies étranglées. Il est probable que si la malade avait été vue au début, on aurait pu constater ce que M. Schwartz a rencontré chez son opérée, et que, dans ce cas, le chirurgien eût pris la résolution d'intervenir pour prévenir la possibilité d'accidents plus graves.

Cette même observation offre de plus l'intérêt de montrer comment évolue un pincement latéral abandonné à lui-même et, à ce point de vue, elle mérite d'être retenue. Au lieu, en effet, de présenter une tendance naturelle à la guérison, quoique les symptômes fussent toujours torpides, et qu'il ne fût jamais noté de réaction générale, on a vu quelle était la gravité des lésions trouvées au cours de l'intervention. La corde mésentérique ne pouvait plus guère servir à la guérison définitive, et on ne voit pas comment, dans ce cas, les deux bouts de l'intestin auraient pu se mettre au contact et s'anastomoser d'une façon complète et durable.

Il est vrai que des cas de guérison spontanée d'anús contre nature ont été publiés et sont bien établis ; mais, comme le dit Daniel Mollière dans ses cliniques « si le processus de guérison n'est pas nettement dessiné, on n'attendra pas des mois et des années, en se basant sur certains faits exceptionnels de guérison tardive par les seuls efforts de la nature ».

C'était, du reste, un fait bien connu autrefois, que le peu de gravité de ces anus contre nature, qui s'établissaient si fréquemment à la suite d'étranglements herniaires. Les anciens auteurs considéraient même ce mode de terminaison comme habituel dans les hernies érranglées, et la gangrène de l'intestin et la fistule stercorale étaient une terminaison heureuse.

En somme, ce cas vient encore à l'appui de l'opinion interventionniste, presque universellement reconnue d'ailleurs. Il montre que, non seulement les lésions restent stationnaires, mais encore qu'elles peuvent avoir tendance à s'aggraver jusqu'à un point où la guérison spontanée n'est plus possible.

Dans l'observation de M. Schwartz, même absence de symptômes fonctionnels et généraux. Pas de nausées, pas d'anorexie, aucun vomissement, pas d'arrêt du cours des matières et des gaz. Il n'existait comme signes que l'irréductibilité d'emblée avec légère douleur, constatée chez une femme ayant l'habitude de bien s'observer et affirmant n'avoir pas eu connaissance d'une tumeur antécédente, et la tension de la tumeur peu accentuée, il est vrai, mais certaine.

Dans ces circonstances, le diagnostic est évidemment fort difficile.

Le diagnostic du pincement latéral à symptômes latents doit être fait dans deux circonstances bien différentes.

1^o Il n'y a pas de tuméfaction ou de tumeur herniaire.

2^o Il y a une tumeur dans une région herniaire.

I. — S'il n'y a pas de tumeur, s'il n'y en a jamais eu, c'est le plus souvent un diagnostic rétrospectif que le chirurgien doit poser. En effet, comme dans ces cas, aucun symptôme apparent n'attire l'attention du malade qui n'accuse que des troubles dyspeptiques légers, la lésion a bien des chances d'évoluer torpidement et alors deux éventualités se présentent ou bien, la portion sphacélée s'élimine peu à peu, et la guérison se fait à l'insu du malade et du chirurgien, comme Muller en a cité des cas, ou bien, le sphacèle de l'intestin s'étant produit, il en résulte un phlegmon du voisinage.

Dans le premier cas, aucun diagnostic n'est à faire puisque le peu de symptômes n'entraîne aucune inquiétude.

Dans le second cas, au contraire, on conçoit que le diagnostic soit hésitant ; et il l'est surtout pendant la première partie de l'évolution du futur phlegmon pyo-stercoral, qui offre au début de son apparition les symptômes d'un abcès circonscrit banal.

Avant donc que les matières se soient fait issue au dehors, et on sait que le phlegmon pyo-stercoral peut mettre plusieurs mois à se développer, ce sont toutes

les infections banales du pli de l'aîne ou de la région crurale qui sont en cause.

Le *bubon suppuré* subaigu du pli de l'aîne, en premier lieu, par sa fréquence, son siège au-dessus de l'arcade de Fallope, par son allure torpide parfois, par son adhérence aux plans profonds, pourrait en imposer pour un phlegmon pyo-stercoral. Mais la présence de la cause fera le diagnostic, on explorera avec soin les organes génitaux externes ; la découverte du chancre simple tranchera la question ; mais si comme on le voit souvent, le chancre simple a disparu, ce n'est que par les commémoratifs, un interrogatoire minutieux, et surtout par l'évolution que la question sera tranchée.

L'*adénite subaiguë* inflammatoire simple des ganglions cruraux sera vite reconnue à sa cause ; on recherchera avec soin les excoriations du genou, du pied ou de l'anus.

Le diagnostic sera plus difficile avec les *déterminations extra-abdominales de l'appendicite* sur lesquelles M. Jaboulay a attiré l'attention dans la thèse de Bénard, un de ses élèves (1). Ces localisations peuvent se faire aussi bien du côté du canal crural que du côté du canal inguinal. Dans les deux cas on se trouve en présence d'une collection purulente dont on fera le diagnostic par le début des douleurs dans la fosse iliaque, par la persistance du point de Mac Burney, et par les troubles digestifs du début.

(1) J. BÉNARD. — Thèse de Lyon, 1898-99. Des localisations extra-abdominales de l'appendicite.

Ces troubles digestifs prêtent, il est vrai, à confusion ; les vomissements et la constipation qui accompagnent souvent l'appendicite peuvent être une cause d'erreur.

Plus délicats encore, les cas de *hernies de l'appendice*, doivent être présents à l'esprit. On sait que la gravité de ces cas tient moins à la présence simple de l'appendice, qu'à ce fait que l'appendice irrité à l'intérieur du sacs s'enflamme souvent pour donner naissance à une appendicite herniaire ; il se forme alors rapidement un abcès inguinal ou crural, qui se traduit à la fois par des signes de hernie et des signes de phlegmon. Dans ces cas, on conçoit que le diagnostic ne puisse se faire que sous le bistouri.

Les abcès résiduels de l'appendicite peuvent faire songer à un phlegmon pyostercoral, ayant pour origine un pincement latéral ; mais alors les commémoratifs, le toucher rectal, le point de Mac-Burney seront d'un grand secours.

L'actinomyose intestinale donne le plus souvent naissance à des phlegmons dont la lenteur d'évolution offre de grandes analogies avec ceux créés par les pincements latéraux, à symptômes latents. On sait que dans cette variété de localisation de l'actinomyces, le tissu cellulaire sous-péritonéal, les muscles profonds sont envahis par un travail de sclérose qui se propage bientôt à la couche sous-cutanée, et enfin à la peau.

Celle-ci, envahie par plusieurs points à la fois, se tuméfie, se ramollit et s'ulcère pour donner passage à un liquide de couleur jaune brun, d'odeur stercorale

fétide, tenant en suspension les grains mycosiques, devenus noirâtres au contact de zones putréfiées.

Si nous avons insisté sur ces symptômes de l'actinomyose intestinale, c'est que ce sont les cas où le diagnostic reste le plus en suspens. On a vu que dans notre première observation, M. Bérard, devant les caractères macroscopiques du pus, devant l'allure torpide, avait fait rechercher les grains jaunes. L'examen au microscope est, d'ailleurs, le seul qui puisse trancher la question.

Le psoritis ne sera cité que pour mémoire ; l'attitude caractéristique de la cuisse, la prédominance des symptômes généraux, la notion de la cause l'élimineront rapidement.

Une fois le phlegmon pyo-stercoral arrivé à maturité complète, l'issue des matières indiquera la provenance intestinale immédiate ; parfois, il est vrai, les matières font défaut ; mais on trouve dans ces cas des débris alimentaires, tels que pépins de raisins, débris de légumes verts (Obs. I) qui mettront sur la voie de la cause vraie du phlegmon.

En résumé, devant un phlegmon s'accompagnant de quelques symptômes dyspeptiques, de gaz, et situé au voisinage des anneaux crural ou inguinal, il faudra soupçonner la nature intestinale de l'inflammation ; et, si les symptômes sont suffisamment lents et insidieux ; il faut savoir qu'on peut se trouver en présence d'un pincement latéral à symptômes latents.

II. — *S'il y a une tumeur*, le diagnostic se précise évidemment davantage.

L'inflammation du ganglion de Cloquet peut, il

est vrai, simuler un pincement latéral torpide. Dans les deux cas, les symptômes digestifs sont peu marqués, et la tumeur irréductible siège au niveau d'un anneau herniaire ; mais alors on trouvera les causes occasionnelles de cette inflammation : une plaie du pied, de la région de la cuisse ou de l'aîne. La douleur est beaucoup plus vive quand ce ganglion est enflammé. Enfin, l'existence d'une hernie avant la période douloureuse, ou l'apparition brusque de la tumeur feront pencher pour le pincement latéral.

La *dilatation de la veine saphène* à son embouchure ne s'accompagne guère de troubles dyspeptiques et doit seulement être signalée ; la coexistence de varices montrera la véritable origine.

Il en est de même de l'inflammation d'un *diverticule de Meckel*, d'un *kyste du cordon*, de l'*orchite* d'un *testicule en ectopie*.

La *tuberculose herniaire* qui s'accompagne fréquemment de signes d'irréductibilité, et présente une tendance progressive et lente à l'envahissement des plans superficiels, sera reconnue aux symptômes concomitants de bacillose, à la nature fongueuse de l'inflammation ; ce n'est guère, du reste, qu'au cours de l'intervention que ce diagnostic peut être établi.

On peut donc dire que, au point de vue clinique, le pincement latéral est quelquefois susceptible de passer inaperçu. De là, la possibilité de voir survenir, à bref délai, une péritonite mortelle qu'on n'aurait pas prévue, la gangrène de l'intestin et sa perforation consécutive se produisant très rapide-

ment dans cette sorte d'étranglement. Nous pensons donc qu'il faut toujours opérer dans les cas douteux, car « il vaut mieux intervenir le plus tôt possible, plutôt que de risquer de laisser évoluer un pincement latéral de l'intestin » (Schwartz).

Sur ce sujet, du reste, nous ne saurions mieux faire que de nous en rapporter entièrement à l'opinion formulée par M. Quénu à la séance de la Société de Chirurgie dont nous avons déjà parlé.

« Au point de vue pratique, il faut conclure à la nécessité d'aller directement inspecter les orifices herniaires, chaque fois qu'il s'y passe quelque chose d'anormal, et, suivant l'expression de M. Reclus, il ne faut sortir de la chambre du malade que lorsque la hernie est rentrée ».

Et maintenant comment intervenir ?

Si le chirurgien est appelé au début, alors qu'il n'existe aucune collection, c'est à la kélotomie qu'il devra s'adresser.

Mais si, comme dans le cas de M. Bérard, on a affaire à un phlegmon stercoral chronique, il faudra, après résection de la portion de l'intestin gangrénée, faire l'entérorraphie circulaire, ou mieux réaliser l'anastomose bout à bout avec le bouton de Murphy-Villard, cette dernière méthode étant en effet plus simple, plus rapide, plus à la portée de tout le monde et ne demandant pas un manuel opératoire compliqué.

En terminant, nous croyons devoir, avec M. Bérard, insister sur ce fait que dans les cas où il y a phlegmon ou fistule, si on ne trouve pas facilement

les deux bouts dans le fond de la plaie, si les bords de cette plaie sont infiltrés, et si enfin la présence des gros vaisseaux rend difficile la cure radicale de l'anus contre nature, il faut faire une incision péritonéale d'emblée à ce niveau et pratiquer une libération progressive de l'anse pincée, comme dans le procédé de Lawson-Tait.

L'intervention en serait rendue moins longue et moins pénible ; partant, le choc opératoire serait réduit au minimum et les chances de succès augmentées d'autant.

Le drainage de la cavité péritonéale est alors assuré par l'incision faite d'abord au niveau de l'anneau *herniaire intéressé*.

CONCLUSIONS

I. — Le pincement latéral de l'intestin grêle, évolue, en général, comme une hernie étranglée ordinaire; mais, de même qu'il est des étranglements herniaires qui présentent un caractère d'insidiosité remarquable, de même le pincement latéral évolue dans certains cas, rares il est vrai, d'une manière encore plus torpide.

II. — Dans ces cas, le diagnostic est souvent très difficile. On négligera les symptômes généraux et fonctionnels qui doivent passer au second plan, et on se basera sur les signes physiques et la constatation plus ou moins nette d'une tumeur pédiculée, siégeant au niveau d'un anneau herniaire. Dans le cas de phlegmon stercoral, ce pédicule ne pourra sans doute être constaté, mais alors, l'existence d'une collection fluctuante, contenant du liquide et des gaz, et s'il y a une fistule, l'odeur spéciale du pus feront soupçonner le diagnostic.

III. — De cette difficulté dans le diagnostic, il faut conclure à la nécessité d'intervenir le plus tôt possible,

même dans les cas douteux, plutôt que de risquer de laisser évoluer un pincement latéral méconnu.

IV. — On interviendra par la kélotomie. S'il y a du sphacèle intestinal, on réséquera la portion gangrénée, puis on fera une entérorraphie circulaire ou plus simplement une anostomose au bouton.

Dans le cas de phlegmon stercoral, il peut arriver qu'un des bouts de l'intestin sphacélé ne se présente pas d'emblée dans la plaie, que les lèvres de celle-ci soient infectées sur une grande étendue, et que le voisinage des vaisseaux fémoraux rende laborieuse ou dangereuse la libération directe de l'anse gangrénée.

Il peut y avoir intérêt alors à dégager cette anse suivant la méthode de Lawson Tait, par une incision de laparotomie médiane, qui donne tout le jour nécessaire en tissus sains et qui permet une résection ainsi qu'une anastomose faciles des deux bouts en dehors de l'abdomen.

La première incision latérale sur la région herniaire est, dans ce cas, utilisée pour le drainage.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Antonin PONCET

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 29 novembre 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

RICHTER. — Traité des hernies.

JOSSELIN. — Leçons sur les hernies.

DEFAUT. — Thèse de Paris.

LOVIOT. — Thèse de Paris.

DE BEAUMAIS. — Thèse de Paris, 1889.

ADAM (de Nancy). — Du pincement latéral de l'intestin, in
Archives provinciales de Chirurgie, 1895.

VIRES. — *Nouveau Montpellier Médical*. Supplément.

SHEEY. — Practitioner London.

Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, n°27, 23 juillet 1901.

JEANNIN. — De l'entérorraphie circulaire appliquée au traitement des anus contre nature d'origine herniaire. Thèse de Lyon.

REGAD. — Thèse de Lyon.

GUEYTAT. — Du spasme de l'intestin dans les contusions de l'abdomen. Thèse de Lyon, 1898-99.

BÉNARD. — Des localisations extra-abdominales de l'appendicite. Thèse de Lyon, 1898-99.

DUPLAY et RECLUS.. — Traité de Chirurgie, t. VI.

DELBET et LE DENTU. — Traité de Chirurgie, t. VII.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Du pincement latéral en général..	11
CHAPITRE II. — Pincement latéral à signes latents.....	19
CHAPITRE III. — Considérations au point de vue du diagnostic et au point de vue de l'intervention.....	31
CONCLUSIONS.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
